



Eingangsfragebogen

Nome, cognome: _____ Nato: _____

GRAVIDANZA

Come è andata la gravidanza? Ci
sono stati periodi di inattività?

NASCITA

Complicanze: sì/no - Quali? _____ Sectio
(taglio cesareo): sì no Anestesia/anestesia parziale: o sì
no Settimana di gravidanza: _____

Peso: _____

Dimensioni: _____

APGAR (vedi libretto U): _____

Nascita multipla: o sì o no Numero __

PERIODO NEONATALE/ RICOVERO OSPEDALIERO

o senza riscontri

o Soggiorno in clinica (dove, quando?) _____

o Incubatore

o Letto termico

o Ittero

o Disturbi della respirazione

o Forma di disturbo respiratorio _____

o Tipo e durata della ventilazione (ossigeno? Se sì, per quanto tempo?) _____

o Ventilazione CPAP (ventilazione con maschera, tubo, cannula tracheale) __

o Comportamento nel bere (tubo) / durata? _____

o Altri ricoveri o anomalie: _____

Coordinate bancarie:

Volksbank RottweilIBAN

Kreissparkasse FlottweilIBAN

: DE81 6429 0120 0028 4930 01

: DE08 6425 0040 0000 1870 57

BIC: GENODES1 VRW

BIC: SOLADES1 RWL

1

MALATTIE

o infezioni frequenti (ad es. infezione dell'orecchio medio, sinusite...)

o Bronchite cronica

o Operazione/i, quale/i e quando? _____

o Farmaci, quali? _____

o Altre malattie, Quali? _____

SITUAZIONE FAMILIARE

o Fratelli sì/no (numero ed età) _____

o Chi si occupa principalmente del bambino ? _____

__a Possibili oneri familiari: sì no

o Storia familiare (allergie, ADHD...) _____

O Malattie dei genitori (ad es. depressione) _____

O Separazione dei genitori _____

O _____ Esperienze traumatiche

SVILUPPO DEL BAMBINO

A che punto il bambino può passare dalla schiena alla pancia o viceversa? _____

In quale mese il vostro bambino potrebbe:

Strisciare _

MeseSeduto __

MeseCorsa ___ Mese

Quanta gioia di muoversi mostra il vostro bambino (1=poco, 6=sempre)?

1

2

3

4

5

6

Come reagisce il bambino a materiali come sabbia, fango e cibo sulle mani? o

grande avversione

o non si accorge di nulla

o non si preoccupa affatto

Il vostro bambino inciampa spesso?

o

mucho normal

o difficilmente

Quanto è sensibile al dolore il vostro bambino?

o

sehro normale

o difficilmente

Il bambino è abile nella motricità fine? (disegnare, ritagliare, impilare, afferrare) o
destrezza o normale o ha problemi

Suo figlio si ammala rapidamente quando guida o dondola?" spesso
quasi mai

Riuscite a ricordare le fasi di balbettio e le vocalizzazioni del vostro
bambino? Fasi del balbettio _____ Mese

Forte _____ Mese

Quando il bambino ha pronunciato la prima parola? _____ Mese

Quando il bambino ha pronunciato frasi di due parole (ad esempio,
"prendi una palla")? _____ Mese

La sua famiglia è multilingue? o no o sì

Se sì, qual è la lingua madre? _____

Notate qualcosa di insolito nella pronuncia di vostro figlio? o no o sì

Se sì, cosa? _____

Avete l'impressione che il vostro bambino senta c sì no

bene? Il bambino mostra una salivazione o no o sì

eccessiva? Al bambino piace parlare molto? o no o sì

Comportamento alimentare e di consumo o no normale che colpisce

Il bambino risponde e mette in pratica i nomi e i suggerimenti? o

sempre o quasi sempre o difficilmente o mai

Suo figlio frequenta l'asilo nido? o no o sì

Se sì, da quando e in quali casi? _____

Come descriverebbe il temperamento di suo figlio?

ovivace o equilibrato o particolarmente

calmo Suo figlio ammette il contatto fisico? o no o sì o

molto o poco Suo figlio ha contatti con altri bambini?

o no o sì Se sì, come si presenta

questo contatto? _____

Quali comportamenti speciali ha il vostro bambino?

Il vostro bambino è coraggioso? o noo sì
Il bambino è curioso e interessato? o noo sì
Il bambino mostra perseveranza nel gioco e
nelle attività? (ad esempio, riesce a finire le cose o no o sì
iniziate?) Quali sono i giochi preferiti dal vostro
bambino?

Con chi gioca il vostro bambino?

Quali capacità, abilità e preferenze speciali ha il vostro bambino?

In quali situazioni quotidiane vostro figlio è già indipendente?

o Lavarsi e vestirsi o Andare all'asilo
o Altro _____

Quali altre attività del tempo libero svolge vostro figlio?

o Ginnastica madre-bambino Gruppo bambini piccolo Gruppo Pecip Scuola di musica
o Ginnastica per bambini a Altro _____

Quali misure e indagini sono state condotte finora?

o Centro sociale pediatrico Intervento precoce Test dell'udito o Test degli occhi
o Logopedia Terapia occupazionale Fisioterapia
o Altri centri di consulenza _____ o Altro _____

Sono previsti ausili (sedia a rotelle, ortesi, occhiali, apparecchi acustici...) ? o

sì ü no

Se sì, quali? _____

Perché ha iscritto il suo bambino presso di noi? / Di cosa si preoccupa?

Luogo, data

Firma